



720 E Dove Ave
McAllen, Texas 78504
Ph: 956-787-5259
Fax: 1-888-820-1788

INTAKE FORM

NAME: _____

ADDRESS (U.S.): _____

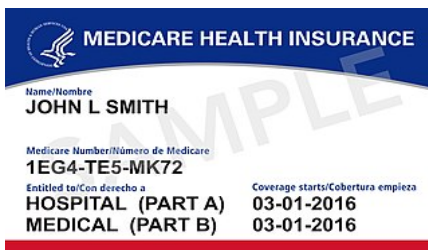
DATE OF BIRTH: _____

PHONE NUMBER: _____

INSURED: _____

MEMBER ID: _____

MEDICARE PART B ID: _____



UNINSURED

STATE ID: _____

S.S. #: _____

VACCINE: _____

APPOINTMENT DATE & TIME: _____

EMAIL FORMS TO: COVIDTXS@GMAIL.COM

BLANK



Hidalgo County Health and Human Services Department

1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
 Tel: (956) 383-6221 • Fax: (956) 383-8864

Iván Meléndez, M.D., M.B.A.
 Health Authority / Chief Physician

Eduardo Olivarez
 Chief Administrative Officer

COVID-19 Pre-Screening Form

Name:

Date:

1	Yes	No	Have you experienced any of the following symptoms in the last 48 hours: fever, cough, shortness of breath, fatigue, muscle aches, new loss of taste and smell, sore throat, congestion, runny nose, nausea or vomiting, diarrhea? Do not vaccinate. Recommend follow up with their medical provider and/or seek testing options.
2	Yes	No	Within the last 14 days, have you been in close physical contact (6 feet or less for 15 minutes) with someone known to have COVID-19? Do not vaccinate. Recommend follow up with their medical provider and/or seek testing options.
3	Yes	No	Are you currently waiting on results for a COVID-19 test? Vaccinate after negative results.
4	Yes	No	Have you had COVID-19? If so, when? If yes, when was isolation discontinued? If more than two weeks, vaccinate.
5	Yes	No	Did you receive antibodies or convalescent plasma? Date: If yes, defer vaccine for 90 days from treatment.
6	Yes	No	Have you had a vaccine in the last two (2) weeks? If yes, date: If more than two weeks, vaccinate.
7	Yes	No	Do you have any history of severe allergies to medication, vaccines, and/or food? If yes, defer vaccine. Recommend he/she follow up with their medical provider.
8	Yes	No	Are you pregnant or lactating? If yes, defer vaccine for medical evaluation. If client has a clearance letter and/or prescription from MD, vaccinate.
9	Yes	No	For second dose: Any severe reactions to first dose? If yes, document reaction and treatment if any. Recommend they follow up with their medical provider for second dose.



Hidalgo County Health and Human Services Department

1304 S. 25th Street • Edinburg, Texas 78539
Tel: (956) 383-6221 • Fax: (956) 383-8864

Iván Meléndez, M.D., M.B.A.
Health Authority / Chief Physician

Eduardo Olivarez
Chief Administrative Officer

Evaluación previa a la vacuna COVID-19

Nombre:

Fecha:

1	Si	No	¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en las últimas 48 horas: fiebre, tos, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares y nueva pérdida del gusto u olfato, dolor de garganta, congestión, secreción nasal, náuseas o vómitos y/o diarrea? No vacune, se recomienda que consulten con su proveedor médico y/o busquen opciones de prueba.
2	Si	No	En los últimos 14 días, ¿ha estado en contacto físico cercano (6 pies o menos durante 15 minutos) con alguien que se sabe que tiene COVID-19? No vacune, se recomienda que consulten con su proveedor médico y/o busquen opciones de prueba.
3	Si	No	¿Está esperando los resultados de una prueba de COVID-19? Vacunar después de resultados negativos.
4	Si	No	¿Ha tenido COVID-19? Si es así, ¿cuándo? Si contestó que sí, ¿cuándo terminó el aislamiento? Si son más de dos semanas, se puede vacunar.
5	Si	No	¿Recibió anticuerpos o plasma de convalecencia? Fecha: Si es así, posponga la vacuna hasta 90 días desde el tratamiento.
6	Si	No	¿Ha recibido una vacuna en las últimas dos semanas? Si es así, fecha: Si son más de dos semanas, vacunar.
7	Si	No	¿Tiene antecedentes de alergias graves a medicamentos, vacunas y alimentos? Si es así, posponga la vacuna y recomiende que consulte con su proveedor médico.
8	Si	No	¿Está embarazada o en período de lactancia? Si es así, posponga la vacuna hasta después de evaluación médica. Si recibe una carta de autorización y / o receta de un médico, vacunar.
9	Si	No	Para la segunda dosis: ¿Alguna reacción grave a la primera dosis? Si es así, documente la reacción y el tratamiento, si corresponde. Recomiende que hagan un seguimiento con su proveedor médico para una segunda dosis.



ImmTrac2 Immunization Registry
DISASTER INFORMATION
RETENTION CONSENT FORM



(Please print clearly)

Client's Last Name

Client's Last Name

Client's First Name

Client's First Name

Client's Date of Birth

Client's Date of Birth

*A parent, legal guardian or managing conservator must sign this form if the client is younger than 18 years of age.

Client's Middle Name

Client's Middle Name

Client's Gender: Male Female

Client's Address

Client's Address

Apartment #

Apartment #

Client's Telephone

Client's Telephone

City

City

State

State

Zip Code

Zip Code

County

County

Mother's First Name (if client is younger than 18 years of age)

Mother's First Name (if client is younger than 18 years of age)

Mother's Maiden Name (if client is younger than 18 years of age)

Mother's Maiden Name (if client is younger than 18 years of age)

ImmTrac2, the Texas immunization registry, has been designated as the disaster-related reporting and tracking system for immunizations, antivirals, and other medications administered to individuals in preparation for, or in response to, a disaster or public health emergency. From the time the event is declared over, ImmTrac2 will retain disaster-related information received from health-care providers for a period of 5 years. At the end of the 5 year retention period, client-specific disaster-related information will be removed from the Registry unless consent is granted to retain the client information in ImmTrac2 beyond the 5 year retention period.

The Texas Department of State Health Services (DSHS) encourages your voluntary participation in the Texas immunization registry.

Consent for Retention of Disaster-Related Information and Release of Information to Authorized Entities

I understand that, by granting the consent below, I am authorizing retention of my (or my child's) disaster-related information by DSHS beyond the 5 year retention period. I further understand that DSHS will include this information in the state's central immunization registry ("ImmTrac2"). Once in ImmTrac2, my (or my child's) disaster-related information may by law be accessed by:

- a state agency, for the purpose of aiding and coordinating communicable disease prevention and control efforts, and / or
a physician or other health-care provider legally authorized to administer immunizations, antivirals, and other medications, for treating the client as a patient;

I understand that I may withdraw this consent to retain information in the ImmTrac2 Registry beyond the 5 year retention period and my consent to release information from the Registry, at any time by written communication to the Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group - MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

By my signature below, I GRANT consent to retain my disaster-related information (or my child's information if younger than age 18) in the Texas immunization registry beyond the 5 year retention period.

Client (or parent, legal guardian, or managing conservator): Printed Name:

Date: Signature:

Privacy Notification: With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See http://www.dshs.texas.gov for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Upon completion, please fax or mail form to the DSHS ImmTrac2 Group or a registered Health-care provider.

Questions? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group - MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.

DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



ImmTrac2 Immunization Registry
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DE RETENCIÓN DE INFORMACIÓN
SOBRE EL DESASTRE



(Favor de escribir claramente con letra de molde)

[Empty box for name]

Apellido del Cliente

[Empty box for name]

Nombre del Cliente

[Empty box for name]

*Uno de los padres, el tutor legal o el custodio administrador debe firmar este formulario si el cliente es menor de 18 años de edad.

Segundo Nombre del Cliente

[Empty box for name]

Género: [] Masculino [] Femenino

Fecha de Nacimiento del Cliente

[Empty box for date]

Dirección del Cliente

[Empty box for address]

Ciudad

[Empty box for city]

Apartamento #

[Empty box for apartment]

Teléfono del cliente

[Empty box for phone]

Estado

Código Postal

Condado

[Empty box for state/postal/county]

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad)

Nombre de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) Apellido de Soltera de la Madre (si el cliente es menor de 18 años de edad) ImmTrac2, el registro de inmunización de Texas, ha sido designado como el sistema de información y seguimiento para inmunizaciones, antivirales y otros medicamentos administrados a individuos durante la preparación o respuesta a un desastre o emergencia de salud pública. A partir del momento en que se declare finalizado el evento, ImmTrac2 retendrá la información relacionada con el desastre recibida por profesionales de la salud durante un periodo de 5 años. Al final del periodo de retención de 5 años, la información del cliente relacionada con el desastre se removerá del registro a menos que se dé el consentimiento para retener la información en ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a participar voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento de retención de información relacionada con el desastre y dar a conocer la información a entidades autorizadas

Entiendo que, al dar mi consentimiento a continuación, autorizo al DSHS a que retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) más allá del periodo de retención de 5 años. Además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a]) esté en ImmTrac2, puede ésta por ley ser accedida por:

- las agencias estatales, con el propósito de ayudar con los esfuerzos de prevención y control de enfermedades transmisibles y su coordinación y
• los médicos o demás profesionales de la salud legalmente autorizados para administrar vacunas, antivirales y otros medicamentos, para el tratamiento del cliente como paciente.

Entiendo que puedo retirar el consentimiento para retener información en el registro ImmTrac2 más allá del periodo de retención de 5 años y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro, en cualquier momento mediante comunicación escrita dirigida a Texas Department of State Health Services, ImmTrac2 Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714-9347.

Con mi firma a continuación, DOY mi consentimiento para que se retenga mi información relacionada con el desastre (o la de mi hijo[a] si es menor de 18 años de edad) en el registro de inmunizaciones de Texas más allá del periodo de retención de 5 años.

Cliente (o padre / madre, tutor legal o custodio administrador): [Empty line]
Nombre en letra de molde

Fecha: [Empty line] Firma: [Empty line]

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito.
¿Tiene preguntas? (800) 252-9152 • (512) 776-7284 • Fax: (866) 624-0180 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 DC
Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

PROVIDERS REGISTERED WITH ImmTrac2

Please enter client information in ImmTrac2 and affirm that consent has been granted.
DO NOT fax to ImmTrac2. Retain this form in your client's record.



1. I agree that the person named below will get the vaccine checked below.
2. I received or was offered a copy of the Vaccine Fact Sheet listed above.
3. I know the risks of the disease this vaccine prevents.
4. I know the benefits and risks of the vaccine.
5. I have had a chance to ask questions about the disease the vaccine prevents, the vaccine, and how the vaccine is given.
6. I know that the person named below will have the vaccine put in his/her body to prevent the disease this vaccine prevents.
7. I am an adult who can legally consent for the person named below to get the vaccine. I freely and voluntarily give my signed permission for this vaccine.
8. Initial here to receive text reminders for your next appointment. Phone# _____.

***STATEMENT: I authorize the release of any medical or other information necessary to process the claim. I also request payment of government benefits to the party who accepts assignment.**

Provider Identification Number: _____

Medicare Beneficiary Identifier (MBI): _____

Vaccine to be given: COVID-19 (Janssen)

PRIVACY NOTIFICATION - With few exceptions, you have the right to request and be informed about information that the State of Texas collects about you. You are entitled to receive and review the information upon request. You also have the right to ask the state agency to correct any information that is determined to be incorrect. See <http://www.dshs.texas.gov> for more information on Privacy Notification. (Reference: Government Code, Section 552.021, 552.023, 559.003, and 559.004)

Privacy Notice: I acknowledge that I have received a copy of my immunization provider's HIPAA Privacy Notice.

Information about person to receive vaccine (Please print)				
Name: Last	First	Middle Initial	Birthdate (mm dd yy)	Sex M F
Address: Street	City	County	State TX	Zip
Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request (parent or guardian):				
X _____			Date: _____	
X _____			Date: _____	
Witness				

For Clinic / Office Use Only

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.



1. Estoy de acuerdo en que la persona nombrada abajo reciba la vacuna marcada.
2. He recibido o se me ha ofrecido copia de la hoja con la información sobre esta vacuna.
3. Conozco los riesgos de la enfermedad que esta vacuna previene.
4. Conozco los beneficios y los riesgos de esta vacuna.
5. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre la enfermedad, la vacuna y cómo se da la vacuna.
6. Sé que a la persona nombrada abajo se le va a dar una vacuna para prevenir la enfermedad que esta vacuna previene.
7. Soy adulto y puedo dar permiso legalmente para que le den la vacuna a la persona nombrada abajo. Por mi propia voluntad.
8. ___ Escriba sus iniciales aquí para recibir recordatorios de texto para su próxima cita. Teléfono:_____.

DECLARACION: Autorizo que se de cualquier información médica necesaria para procesar el reclamo. También pido pago de beneficios del gobierno al agente que acepte la asignatura.

Provider Identification Number: _____ **Medicare Beneficiary Identifier (MBI):** _____

Vacuna que se va a dar: COVID-19 (Moderna)

Notificación Sobre Privacidad - Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a <http://www.dshs.state.tx.us> para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Aviso sobre derechos de la vida privada: Yo admito haber recibido de mi proveedor de inmunización una copia del aviso sobre derechos de la vida privada, Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos (HIPAA).

Information about person to receive vaccine (Please print)				
Name: Last	First	Middle Initial	Birthdate (mm/dd/yy)	Sex
			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
Address: Street	City	County	State TX	Zip
Signature of person to receive vaccine or person authorized to make the request (parent or guardian):				
X _____			Date: _____	
X _____			Date: _____	
Witness				

For Clinic / Office Use Only

Clinic / Office Address:	Date Vaccine Administered:
	Vaccine Manufacturer:
	Vaccine Lot Number:
	Site of Injection:
	Title of Vaccine Administrator:
	Signature of Vaccine Administrator:
	Date VIS Given:

Instructions: File this consent statement in the patient's chart.